

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na  
UBS/ESF 01, Rui Ramos em Uruguaiana/RS**

**Voldimar Quevedo Robalo**

**Pelotas, 2015.**

Voldimar Quevedo Robalo

Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF  
01, Rui Ramos em Uruguaiana/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

R628m Robalo, Voldimar Quevedo

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS/ESF 01, Rui Ramos Em Uruguaiana/RS / Voldimar Quevedo Robalo; Marina Sousa Azevedo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora Marina Sousa Azevedo.

## Resumo

QUEVEDO ROBALO, Voldimar. **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS 01, Rui Ramos em Uruguaiana/RS.** 2015. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

A alta prevalência da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações são um dos principais motivos de procura por consulta nas unidades de saúde. Com base na análise situacional o objetivo deste trabalho foi de melhorar a atenção à saúde do hipertenso e diabético da unidade básica de saúde Rui Ramos, Estratégia de Saúde da Família (ESF) 01, Uruguaiana/RS. A elaboração foi dividida em cinco etapas: análise situacional, análise estratégica, intervenção propriamente dita, que ocorreu em quatro meses, avaliação da intervenção e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem. Os objetivos específicos foram de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos. A intervenção teve duração de 16 semanas e ocorreu de 2 de novembro de 2014 a 22 de março de 2015, utilizando como base os cadernos de atenção básica do Ministério de Saúde e os instrumentos do curso que foram a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. As atividades realizadas incluíram o cadastramento, o registro, atendimento clínico, avaliação de risco, ações de promoção à saúde, monitoramento e avaliação dos hipertensos e/ou diabéticos. Ao final da intervenção, foram cadastrados 60% (n=492) dos usuários hipertensos e 53% (n=135) dos usuários diabéticos, e todos os indicadores de qualidades ficaram próximos a 100%. Ao final da intervenção, além de aumentar a cobertura e aumentar a qualidade da atenção aos usuários, implementaram-se diversas ações anteriormente inexistentes, como um adequado acolhimento, agendamento preferencial, busca ativa, visita domiciliar e atividades coletivas de promoção à saúde voltado para as mudanças de estilo de vida. Constatou-se que tivemos um maior vínculo com a comunidade e que a intervenção teve grande impacto para o serviço, para a equipe e para o usuário diabético e/ou hipertenso.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	42
Figura 2.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	42
Figura 3.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	43
Figura 4.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	44
Figura 5.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	44
Figura 6.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	45
Figura 7.	Proporção de hipertensos com a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.	46
Figura 8.	Proporção de diabéticos com a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.	47
Figura 9.	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	47
Figura 10.	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	48
Figura 11.	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	49
Figura 12.	Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.	49
Figura 13.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	50
Figura 14.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	50
Figura 15.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	51
Figura 16.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	52
Figura 17.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	52
Figura 18.	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	53
Figura 19.	Proporção de hipertensos com orientação de atividade física regular.	53
Figura 20.	Proporção de diabéticos com orientação de atividade física regular.	54
Figura 21.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	54
Figura 22.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	55
Figura 23.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	55
Figura 24.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	56

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro de atencao psicossocial
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemo-glicoteste
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade básica de saúde

## Sumário

Apresentação.....	7
1 Análise Situacional .....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	8
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	13
2 Análise Estratégica .....	14
2.1 Justificativa.....	14
2.2 Objetivos e metas.....	15
2.2.1 Objetivo geral.....	15
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	15
2.3 Metodologia.....	17
2.3.1 Detalhamento das ações .....	18
2.3.2 Indicadores.....	26
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma .....	35
3 Relatório da Intervenção.....	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	37
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	38
4 Avaliação da intervenção .....	39
4.1 Resultados .....	39
4.2 Discussão .....	54
5 Relatório da intervenção para gestores .....	57
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	60
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	63
Apêndices .....	66
Anexos .....	68



## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde/Universidade Federal de Pelotas sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde que teve transição para Estratégia de Saúde da Família 01, Rui Ramos, Uruguaiana, RS cujo objetivo foi o de melhorar da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos, apêndices e referência utilizada no trabalho.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF.**

Sou Voldimar Quevedo Robalo, médico brasileiro, atuando no município de Uruguaina, RS, minha UBS chama-se Rui Ramos e apresenta várias falhas na estrutura física. Esta parte da estrutura ainda piorou pelo fato de que nos últimos três meses fomos assaltados três vezes por usuários de drogas, que costumam consumir na vizinhança. Neste período foram roubados sete aparelhos de ar-condicionado, entre outras coisas como, balança, tensiômetro e aparelho de HGT.

Para complicar ainda mais a situação, duas participantes da equipe de saúde, abaladas devido aos assaltos, afastaram-se: uma por renúncia e outra por licença psiquiátrica.

Apesar de todas as dificuldades as atividades seguem praticamente normais, às vezes além de atender, faço triagem e entrego medicações e, mesmo sem agente de saúde, estamos implantando as visitas domiciliares.

A população tem uma gratidão muito grande e é o que mais dá força à equipe de saúde. Nossa equipe está formada por três médicos, dois clínicos e um ginecologista, mas somos ainda unidade de saúde tradicional e não trabalhamos com a estratégia de saúde da família, nossa enfermeira se encontra afastada do trabalho por laudo psiquiátrico, basicamente, contamos com uma única técnica de enfermagem, três médicos e uma odontóloga e uma secretária. Não contamos com nenhum agente de saúde e futuramente existe promessa de nossa conversão à estratégia de saúde da família.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Uruguaiana localiza-se no sul do estado do Rio Grande do Sul. É uma cidade de médio porte com uma população de aproximadamente 129.504 habitantes, conforme o último registro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). A cidade possui, segundo a Secretaria de Saúde, 20 unidades de atenção básica (UBS) das quais 18 são UBS tradicionais duas são estratégia de saúde da família (ESF), não possuímos nenhum Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Nosso município conta com um hospital, que possui serviço de pronto-atendimento e este está sincronizado com um sistema de emergências, o serviço de atendimento móvel de urgência.

A atenção especializada é bem diversa, temos as especialidades em traumatologia, pediatria, medicina interna, oncologia, dermatologia, ginecologia e cirurgia geral, mas a maioria das existentes são realizadas com grande demora e tempo de espera. Algumas especialidades como oftalmologia e psiquiatria não disponibilizamos na rede pública de saúde do município, no caso de requerimento dessas especialidades os usuários têm que optar pela medicina privada ou nos casos de maiores necessidades os usuários são encaminhados à cidades vizinhas, como Alegrete, Santa Maria e Rosário ou à capital de nosso estado. Quanto aos exames complementares básicos como hemograma, glicemia, ionograma, uremia, uricemia, perfil lipídicos e exame qualitativo de urina existe uma demora média de 15 dias a um mês, outros exames como ressonância, tomografias, ecografia e *doppler* de membros inferiores podem demorar de seis meses a um ano.

Nossa UBS é urbana e localiza-se na periferia da cidade, abrange três bairros classe média baixa. É uma UBS ainda com modelo tradicional com previsão, a curto prazo, de transformar-se em ESF, não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino e a equipe é composta por três médicos, dois clínicos gerais e um ginecologista, uma enfermeira (que trabalha somente meio turno), uma técnica em enfermagem, uma secretária, um auxiliar em limpeza e um guarda municipal, lamentavelmente não disponibilizamos de agentes comunitários de saúde (ACS).

Com relação à estrutura física essa está bem longe da estrutura preconizada pelo Ministério de Saúde, para entrar em nossa unidade temos como único acesso três grandes degraus sem corrimão, a sala de recepção não existente, a Secretaria conta com uma mesa atravessada no corredor. As paredes são de

superfície rugosa, os consultórios não possuem banheiros e não temos segurança, no início do ano foram roubados sete aparelhos de ar-condicionado.

Eu acredito que os recursos humanos podem fazer a diferença para superar esses obstáculos, o bom relacionamento da equipe e uma estratégia aproximação à comunidade são importantes, já que muitas das funções da ESF são independentes da estrutura física.

Com relação à funcionalidade da equipe parece-me bastante satisfatória, pois tem superado diversos obstáculos e evoluído bastante. Apesar de ser uma equipe incompleta e trabalhar em uma estrutura inadequada conseguimos duplicar o número de consultas, adotamos a atenção à demanda espontânea e estamos iniciando a realização de visitas domiciliares. Além disso, houve uma grande aproximação da equipe à comunidade e a população parece bem satisfeita com as ações realizadas.

Nossa base de dados é muito pobre, para não dizer inexistente, acredita-se que em nossa área adstrita temos mais de 4600 pessoas de acordo com informações fornecidas pela técnica de enfermagem. Nosso perfil demográfico de usuários é em sua maioria composta de pessoas adultas e idosas, na sua grande maioria portadores de enfermidades crônicas, como diabetes e hipertensão arterial, que constituem o principal motivo de procura por consultas na unidade. A menos de um quilômetro da unidade temos outra UBS que, tradicionalmente, possui grande demanda de crianças por possuir pediatra no local. Estamos também a menos de um quilômetro do pronto socorro da cidade, conseqüentemente há pouca demanda de urgências e emergências em nossa UBS.

A atenção à demanda espontânea foi uma nova modalidade de atendimento na nossa UBS, antes os atendimentos davam-se através da distribuição de um determinado número de fichas na primeira hora da manhã, os demais atendimentos requeridos pela população eram negligenciados, agora as pessoas são ouvidas e, na medida do possível, atendidas a qualquer momento que cheguem à UBS. É realizada uma triagem com avaliação do risco e determinadas as prioridades, esta triagem é feita pela técnica de enfermagem.

Temos porta aberta para a atenção a saúde da criança, porém a demanda é quase nula em virtude da presença de pediatra na UBS vizinha a nossa. A escassa demanda é geralmente decorrente de quadros agudos ou para vacinação. Os profissionais que realizam o atendimento às crianças são os médicos e a técnica

de enfermagem. Temos aproximadamente 150 crianças menores de 5 anos em nossa área.

A atenção ao **pré-natal** é realizada pelo médico ginecologista, 4 dias da semana pelo turno da manhã. São atendidas 12 usuárias diárias chegando a mais 150 atendimentos a este grupo ao mês. Temos aproximadamente 69 gestantes em nossa área, mas não temos registro adequado, portanto nenhum indicador pode ser gerado. Além do atendimento agendado pela manhã, temos atendimento à demanda espontânea no turno da tarde, neste período são atendidas as gestantes pelo médico clínico geral, as urgências e emergências são raras. As gestantes têm prioridade no agendamento, não temos atividades em grupos, os protocolos utilizados pelos médicos são referentes ao pré-natal e às doenças sexualmente transmissíveis, ambos do Ministério da Saúde.

Em relação à prevenção **do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama** os exames de coleta de citopatológico eram realizados até o final do ano passado, desde janeiro esta ação está suspensa por motivos técnicos de informática em todo município. Temos em nossa área aproximadamente 1266 mulheres entre 25 e 64 anos e 475 mulheres entre 50 e 69 anos. Os exames citopatológicos eram feitos pela enfermeira, que fazia o atendimento da saúde da mulher todos os dias da semana, normalmente as demandas espontâneas eram agendadas na mesma semana. Tivemos uma grande aceitação da população para a vacinação contra o HPV, com uma adesão de 95% nas escolas referentes de nosso território. Os preventivos de mama estão sendo realizados normalmente, é feito o exame físico e o encaminhamento para realização de mamografias, este preventivo é feito pela enfermeira, após encaminhamento para realização do exame de mamografia os usuários retiram os resultados na própria UBS após, no máximo, 2 meses, o mesmo ocorre com os exames preventivos de colo uterino. As enfermeiras passam por uma capacitação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual utiliza protocolos próprios baseados nas recomendações do Ministério de Saúde, mas adaptado à realidade local. O registro dos dados fica a cargo da enfermeira, no momento não sofrem revisão e monitoramento adequados.

Com relação aos usuários com **Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus**, dada as características demográficas de nossa UBS, estes constituem a maior demanda no nosso serviço, demanda essa que é bem acolhida pelo nosso serviço, são atendidos mais de 30 usuários diários somando mais de 600

usuários mensais, destes atendimentos a maior parte são diabéticos, hipertensos ou ambos. Temos aproximadamente 913 usuários com 20 anos ou mais com hipertensão e 225 com diabetes, nossa cobertura ao momento do início da intervenção é desconhecida devido a falta de dados. Existe uma boa adesão por parte da população, estamos implantando as consultas programadas, visitas domiciliares e identificação de população de risco, estes usuários tem registro específico que também estão a cargo da enfermeira, porém não realizamos o monitoramento dos dados. Os atendimentos são realizados apenas pelos médicos, utilizamos os protocolos do Ministério de saúde.

Nossa UBS possui grande procura por usuários idosos, uma vez que são portadores de enfermidades crônicas. Temos aproximadamente 629 idosos em nossa área e a cobertura de atendimento é de 65%. Estamos implementando a preferência nos agendamentos e no atendimento médico, os idosos recebem orientação nutricional e exercício físico de forma individual no consultório pelo médico.

Estamos esperando a incorporação dos ACS para ampliar as ações, pretendemos incorporar atividades em grupo para orientações nutricionais e de atividade física, além de aumentar o número de visitas domiciliares.

Nossa UBS está em uma fase de transição de UBS para ESF, assim em breve serão incorporados os diferentes protocolos preconizados pelo Ministério de Saúde. Considero que os maiores desafios são: uma equipe em que falta o ACS, um dos principais articuladores da relação equipe-população, as barreiras estruturais e a falta de medicações dos usuários crônicos e nos registros e manipulação de dados nos quais existe uma ampla deficiência. Mas o melhor recurso sem dúvida é o trabalho em equipe e o empenho individual de cada componente da equipe. Em relação às ações programáticas analisadas me surpreendeu que os únicos indicadores satisfatórios foram referentes a atenção aos diabéticos e hipertensos, as demais ações programáticas ainda requerem bastante melhoria e ampliação da cobertura.

### 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Pode-se verificar que as perguntas guias dos pontos 1.1 e 1.2 são basicamente as mesmas, no entanto existe uma abismal diferença entre a extensão, clareza e a riqueza de detalhes. É bem interessante notar como ao cursar a primeira unidade, abrimos nossa mente e nos enchemos paulatinamente de conhecimentos de modo que fomos evoluindo, aumentando nossa intimidade e entrosamento com o próprio curso, o qual nos instruiu a uma sistematização na análise do nosso serviço.

Também temos que ter em mente que o segundo texto possui uma qualidade bem diferenciada, pois foi elaborada no decorrer dessas várias semanas em que houve um *feedback* com nossos instrutores que foi de vital suporte para elaboração de um documento maduro.

Mas o mais importante foi a mudança na percepção, nota-se uma grande diferença, provavelmente pela influência por ser uma UBS tradicional sem estratégia de saúde da família, onde dávamos prioridade a quantidade de atenções e não a qualidade, simplesmente não nos dávamos conta de nossos erros e falências.

A unidade um nos fez refletir sobre certas discrepâncias de nossa visão ultrapassada nos demos conta que existia uma grande lacuna entre nossa equipe e a comunidade por falta de nossos agentes de saúde. Enfim, a análise situacional foi um acordar, uma introdução, uma mudança de visão e preparação para uma futura mudança.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Entre as doenças mais relevantes estão a hipertensão arterial (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2014).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil (BRASIL, 2013a). A DM também está entre as principais causas de óbitos. Além da alta taxa de mortalidade, o diabetes afeta a qualidade de vida do indivíduo, pois tem complicações agudas e crônicas. Estas complicações causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde (BRASIL, 2013b).

A UBS é uma unidade urbana próxima ao pronto-socorro da cidade, a estrutura encontra-se em condições básicas e mínimas para realização do nosso trabalho e está necessitando de melhorias físico-estruturais. Nossa equipe de trabalho é formada por duas técnicas de enfermagem, guarda, auxiliar de limpeza, secretária, enfermeira, dois médicos clínicos gerais e um gineco-obstetra. A grande falta em relação à equipe são os agentes comunitários de saúde deixando uma lacuna na criação do vínculo com a população.

Nossos usuários são na grande maioria adultos e portadores de doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão arterial. A população da área adstrita é de 4600 usuários e mais de 1000 usuários que padecem DM e/ou HAS. Mais da metade dos 600 atendimentos realizados por mês na UBS são referentes a



atendimento de usuários com DM e/ou HAS, com isso a atenção a DM e HAS é a que mais se destaca na nossa UBS. Com relação a atenção a este grupo temos uma boa adesão por parte da população, estamos iniciando a implantação das consultas programáticas, as visitas domiciliares e identificação da população de risco. Estes usuários têm registro específico, porém não realizamos o monitoramento dos dados. Os atendimentos são realizados apenas pelos médicos e são utilizados os protocolos do Ministério de saúde.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde para usuários com HAS e DM são a redução da morbimortalidade causada por estas doenças, para isso é necessário ações de educação em saúde permanente e sistematizadas não só para os profissionais, mas também voltada à população com o intuito de promover o autocuidado e a aquisição de estilo de vida saudável. Esta é a maior falha e carência em nosso serviço, atualmente inexistem atividades de prevenção e promoção da saúde, ou seja, não se dispõe de nenhum tipo de atividades complementares a consulta médica.

Sabemos que a HAS e a DM são as principais doenças responsáveis por incapacidades, redução de expectativa e piora da qualidade de vida. A equipe e a população estão dispostas a promover estas mudanças a fim fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com estas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, contribuindo na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbi-mortalidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade básica de saúde Rui Ramos, ESF 01, Uruguaiana/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

## 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### 2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Rui Ramos, no município de Uruguai, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção usuários com diabetes mellitus e com hipertensão arterial sistêmica com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da Unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Com o objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, buscando a meta de cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e a meta de Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. No eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isso utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso onde os dados serão preenchidos diariamente e a planilha eletrônica de coleta de dados a qual será preenchida semanalmente pelo médico.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, todos hipertensos e diabéticos atendidos pela unidade serão cadastrados e terão local específico para o seu registro, a secretária e a técnica em enfermagem farão o cadastramento, vamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes, a equipe de enfermagem será a responsável pelo acolhimento, todo usuário hipertenso e/ou diabético que chegar à unidade será acolhido, avaliado e dependendo do grau de urgência atendido de imediato ou agendado. Vamos também garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, para isso agendaremos reunião com o gestor, como também enviaremos notas quando houver necessidade de mais material.

No eixo de engajamento público vamos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Estas orientações serão dadas individualmente em cada consulta, nas reuniões semanais com a comunidade através de cartazes na unidade e no comércio do bairro. As reuniões contarão com a

participação de diferentes profissionais como nutricionistas, professores de educação física, psicólogos e médicos. As reuniões terão duração de uma hora.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a secretária e a técnica em enfermagem para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Utilizaremos os protocolos do Ministério da Saúde como base nas capacitações, estas atividades de qualificação se realizarão de forma mensal, na própria UBS, com duas horas de duração no turno da tarde. A capacitação da secretária e da técnica em enfermagem será feita por mim e as capacitações sobre verificação da pressão e realização do hemoglicoteste serão atividades práticas entre os membros da equipe.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos buscando a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos através do registro em ficha espelho e posterior coleta em planilha eletrônica que será preenchida semanalmente pelo médico.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais tudo isso ocorrerá na primeira reunião após a apresentação do projeto, onde cada membro saberá seu papel e os temas das capacitações serão divididos entre os membros da equipe, vamos também dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde o qual será solicitado ao gestor.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões semanais com a comunidade e através de cartazes na unidade e no comércio do bairro.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado em acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, esta capacitação será realizada por mim com o auxílio da equipe de enfermagem nas reuniões na unidade.

Para buscar a meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada através do registro em ficha espelho e posterior coleta em planilha eletrônica que será preenchida semanalmente pelo médico.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos garantir a solicitação dos exames complementares e garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo a partir de reunião previamente agendada e estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados com identificação na ficha espelho do usuário.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões semanais com a comunidade e através de cartazes na unidade e no comércio do bairro.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nas reuniões na unidade, o médico responsável pela intervenção fará a capacitação.

Para buscar a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA através do registro em ficha espelho e posterior coleta em planilha eletrônica que será preenchida semanalmente pelo médico.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos que será realizado pela equipe de

enfermagem e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde utilizando registro próprio para isso.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões semanais com a comunidade e através de cartazes na unidade e no comércio do bairro.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA nas reuniões na unidade, o médico responsável pela intervenção fará a capacitação.

Para buscar a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica através do registro em ficha espelho e posterior coleta em planilha eletrônica que será preenchida semanalmente pelo médico.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos garantir a avaliação odontológica aos hipertensos e diabéticos em reunião junto ao odontólogo da unidade e manter registro da necessidade de avaliação odontológica através de local específico para registro e identificação facilitada pela equipe de saúde bucal.

No eixo do engajamento público vamos orientar hipertensos e diabéticos sobre a importância da avaliação de saúde bucal nas consultas individuais e através de cartazes na unidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para a identificação dos principais agravos em saúde bucal em hipertensos e diabéticos através do estudo do caderno de atenção básica sobre saúde bucal com enfoque neste público-alvo.

Com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa e para atingir a meta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através do

preenchimento da ficha espelho e coleta de dados em planilha eletrônica que ocorrerá semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. As visitas domiciliares serão realizadas pelo médico e pela técnica em enfermagem e a agenda será organizada a cada semana pela enfermeira, a qual informará estes profissionais os horários de atendimento disponíveis para os usuários provenientes das buscas.

No eixo do engajamento público vamos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões semanais com a comunidade e através de cartazes na unidade e no comércio do bairro.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos treinar a técnica em enfermagem para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, estes profissionais serão treinados com base no Protocolo do Ministério da Saúde pelo médico.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações vamos buscar a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde para isso semanalmente através da coleta de dados para preenchimento da planilha eletrônica o médico conferirá os registros e, se necessário, fará nova reunião para melhorar a qualidade.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da



doença, o médico ficará responsável por promover a pactuação da equipe e pelo monitoramento dos registros, quando houver atrasos de consultas e exames ou não realização de alguma avaliação necessária o médico fará a identificação na ficha com um bilhete a fim de buscar estes usuários.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário através de cartazes informativos na unidade de saúde.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas em reunião que será realizada após a apresentação do projeto com a apresentação dos novos sistemas de coleta pelo médico responsável pela intervenção.

Com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular vamos buscar a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano através dos dados obtidos da ficha espelho e tabulados na planilha eletrônica de coleta de dados.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda, estes usuários terão prioridade no atendimento e sempre serão acolhidos e atendidos no mesmo turno, sendo reservado diariamente espaço na agenda para estes usuários.

No eixo do engajamento público vamos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Estas orientações e esclarecimentos serão dadas individualmente, nas reuniões semanais com a comunidade e através de cartazes na unidade e no comércio do bairro.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para diabéticos em especial a avaliação dos pés, capacitar a equipe

para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Estas capacitações ocorrerão na unidade sob responsabilidade do médico e equipe de enfermagem os quais utilizarão como subsídio o protocolo do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de promover a saúde do hipertenso e/ou diabético vamos buscar a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos através dos dados obtidos da ficha espelho e tabulados na planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável através de oficinas que ocorrerão na unidade e centros comunitários e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

No eixo do engajamento público vamos orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões com a comunidade e através de cartazes na unidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável através do uso dos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde sobre o tema, os temas do caderno serão divididos entre os membros da equipe para que cada um faça sua explanação ao grupo e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Para buscar a meta e garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos através dos dados obtidos da ficha espelho e tabulados na planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, para isto serão reservados os 15 minutos finais da reunião com a comunidade para estas ações e vamos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

No eixo do engajamento público vamos orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões com a comunidade e através de cartazes na unidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular através do uso dos manuais e protocolos do Ministério da Saúde sobre o tema, os temas serão divididos entre os membros da equipe para que cada um faça sua explanação ao grupo e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Para buscar a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos através dos dados obtidos da ficha espelho e tabulados na planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo através de reunião que será agendada previamente.

No eixo do engajamento público vamos orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Estas orientações serão dadas individualmente, nas reuniões com a comunidade e através de cartazes na unidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas através dos manuais e protocolos sobre o tema do Ministério da Saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Para buscar a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, no eixo de monitoramento e avaliação vamos monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista através dos dados obtidos da ficha espelho e tabulados na planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente.

No eixo de organização e gestão do serviço vamos organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco

odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários, todos os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados a agendar consulta com o odontólogo, este organizará a agenda de modo que uma consulta por turno seja reservada a estes usuários.

No eixo do engajamento público vamos buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista através de cartazes na unidade de saúde e agendamento de reuniões periódicas com a comunidade na unidade.

No eixo de qualificação da prática clínica vamos capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, a equipe de saúde bucal reservará 1 hora quinzenal para o estudo do caderno de atenção básica de saúde bucal do Ministério da Saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus vamos adotar os cadernos de atenção básica de Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Para registro das informações utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso referente à Atenção aos Hipertensos e Diabéticos a qual contém todos os dados necessários para o acompanhamento e monitoramento da intervenção. O monitoramento será realizado utilizando a planilha eletrônica de coleta de dados semanalmente sob responsabilidade do médico.

Os profissionais que participarão dos atendimentos serão médico, técnica em enfermagem e enfermeira, a técnica e a enfermeira terão a responsabilidade do procedimento de triagem e preencherão a parte da ficha espelho que corresponde a parte que caberá a cada uma delas. E o médico estará encarregado da consulta, preenchimento da parte médica da ficha espelho. Aos usuários serão disponibilizadas 12 fichas diárias por turno, totalizando 24 fichas/dia. Os usuários que chegarem depois da distribuição das fichas serão submetidos a uma triagem inicial com a enfermeira, que segundo a urgência e risco, receberão atendimento no mesmo turno, os demais serão agendados para uma consulta posteriormente. Todos

os usuários serão orientados a uma nova consulta, estes usuários já sairão com a nova consulta agendada.

Os materiais para o desenvolvimento das atividades serão solicitados à secretaria municipal de saúde, desde os materiais para confecção de cartazes até as fotocópias das fichas espelho. Como também, os materiais necessários para as capacitações (projetores, cópias, etc.). Além disso, será solicitado profissionais (nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, especialistas médicos, dentistas) para as capacitações e palestras de educação para a saúde, todos estes recursos humanos e materiais serão solicitados através de notas por escrito e também verbalmente nas reuniões semanais que disponibilizamos com a secretária municipal de saúde.

As capacitações dos profissionais da equipe ocorrerão nas reuniões semanais utilizando 2h do expediente. Utilizaremos os cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b) como referência. Os médicos serão os responsáveis por estas capacitações e abordarão os principais pontos dos cadernos. Além disso, a equipe será treinada para o correto preenchimento e registro para que haja uma adequada monitorização neste mesmo momento sob orientação do médico responsável pela intervenção.

Serão criados grupos de reuniões semanais na própria UBS destinados à mudança de estilo de vida, educação para a saúde, orientação nutricional, atividade físicas, entre outros assuntos pertinentes ao grupo. Terá a participação dos diferentes profissionais como médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, professores de educação física, para aqueles que não fazem parte da equipe será emitida uma carta solicitando à secretaria municipal de saúde a disponibilização deste profissional para algumas atividades do grupo. Para divulgação destas atividades utilizaremos convites individualizados em cada consulta, cartazes pela própria UBS e nos pontos comerciais e escolas locais do bairro.

Com relação à saúde bucal nossa UBS se converterá a ESF em 30 dias, assim teremos disponibilidade de mais atendimentos, atualmente temos somente dois atendimentos odontológicos diários, com o odontólogo à disposição nos dois turnos poderemos aumentar a quantidade de consulta ate 8 a 12 diárias, os usuários (HAS e DM) encaminhados pelo médico clínico terão prioridade no agendamento que serão quatro diários, 20 semanais, contabilizando 80 agendamentos mensais.

Atualmente, por falta de ACS não estamos realizando em nossa UBS as visitas domiciliares, após a transformação de UBS tradicional a PSF receberemos os ACS que estreitarão mais o vínculo equipe/usuários. As visitas domiciliares serão realizadas na parte da tarde, pelo menos duas vezes por semana, com a participação do médico, técnico de enfermagem e ACS. Serão realizadas 4 visitas por período, duas vezes por semana com previsão para ocorrerem 32 visitas mensais, nestes períodos ocorrerão também a busca aos faltosos às consultas.

As buscas aos usuários faltosos ocorrerão duas vezes a semana, em quanto o monitoramento de dados das fichas espelhos estará a cargo do médico de medicina geral, a busca ativa pelos usuários faltosos será desenvolvida pelos ACS orientados pelo médico, serão realizadas todas as terças e quintas feiras no turno da tarde, busca de 4 usuários por cada agente de saúde, por turno, os mesmos usuários ao serem encontrados terão a consulta agendada



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Ao refletir sobre as ações planejadas no projeto da intervenção é prazeroso constatar a grande impulsão, o agente catalisador, que foi a intervenção para a nossa UBS. O nosso modelo anterior clamava desesperadamente por mudanças, a partir do projeto colocamos no papel por escrito nossas metas e passamos a ter um objetivo claro, um alvo a ser atingido, no “engatinhar” de nossa conversão tímida e insidiosa de UBS para ESF tivemos esta importante impulsão e auxílio. Após estes 4 meses verifico que todas as ações planejadas ocorreram, algumas precisam ser melhoradas. É importante destacar que os protocolos do Ministério da Saúde subsidiaram nossas ações.

As reuniões de equipe ocorreram, mas podemos aumentar sua periodicidade. As capacitações de equipe foram recentemente implantadas, mas temos a certeza de sua contribuição para o nosso trabalho e da necessidade de sua continuação.

Realizar o monitoramento e a avaliação das ações foi bem difícil porque anteriormente era inexistente, toda a equipe não tinha experiência alguma, até mesmo o sistema de arquivamento era inadequado e frequentemente se extraviavam fichas, de modo que a implantação do monitoramento e avaliação nos auxiliou inclusive nisso, melhorando nosso cuidado no arquivamento. Tivemos que nos capacitar primeiro, o médico e a enfermeira, para entender antes como tudo ocorreria e, logo após, capacitar a equipe toda para nos auxiliar neste processo.

Como não tínhamos ACS no início da intervenção, as primeiras buscas ativas foram realizadas pela enfermeira via telefone, mas em seguida recebemos os ACS que foi de grande ajuda para nos auxiliar nas buscas. A recepcionista é quem informa ao ACS a quem devem buscar e a cada dia os ACS adquirem mais experiência e fazem um trabalho importante junto com a equipe.

As ações de promoção individual e coletiva foram realizadas. As principais ações coletivas foram no sentido de promover mudanças no estilo de vida, em especial para a importância quanto à nutrição, realização de atividades físicas e desuso do tabaco. Estas ações ocorreram tanto nas consultas individuais, como nas atividades coletivas em reuniões do grupo de Hipertensos e Diabéticos e de Gestantes.

Implantamos também as visitas domiciliares, foi uma grande novidade e um importante passo de inclusão de usuários que não vinham até a unidade. Esta é uma das ações que mais nos dá satisfação, embora haja grande necessidade realizamos poucas visitas domiciliares, mas pretendemos melhorar a cobertura e informar a população sobre a importância disto, pois a população ainda não está acostumada a receber o médico no domicílio. Apesar disso, tivemos boas experiências e a visita domiciliar tem tido muito boa aceitação, temos chegado a usuários que por muitos anos estavam excluídos, pois tinham dificuldade de locomoção ou estavam acamados, atualmente estamos fazendo 5 visitas domiciliares semanais e isso tem permitido o acesso destes usuários a uma consulta médica.

Todas estas atividades foram implantadas e cumpridas, destaco que quase todas elas, anteriormente a intervenção, inexistiam. A maioria destas atividades ainda está “engatinhando”, mas temos certeza do seu começo, do seu melhoramento e na sua continuação. Não ficam dúvidas que uma de nossas maiores facilidades foi a coincidência da implantação do projeto com a conversão de UBS tradicional a ESF, porque na nossa conformação anterior de UBS tradicional seria bem mais difícil a implantação destas novas atividades

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Não tiveram ações não realizadas, todas foram desenvolvidas, porém algumas ainda precisam de melhorias.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Um dos maiores desafios foi sistematização dos dados coletados. O desafio iniciou desde a impressão das fichas espelhos, parte delas foi impressa pela secretaria, mas parte delas tive que providenciar a impressão e inclusive gerou gastos pessoais.

Outro desafio foi a capacitação da equipe na utilização e adequado manuseio destas fichas e, posteriormente, o monitoramento e avaliação e arquivamento.

Todos estes passos foram um desafio, o programa Excel no começo foi bem dificultoso seu manuseio, mas no decorrer das 16 semanas sua utilização se tornou simples e de muita utilidade para o cumprimento de nossas ações e metas.

No inicio tive duvidas do verdadeiro valor do diario manoscrito e inclusive pareceu-me retrogrado mas no decorrer das semanas ao leer as observacoes e dados contidos corroborei a sua enorme importancia e foi de extrema ajuda na elaboracao dos documentos posteriormente.

Ja com os registros fotograficos foi de menor dificuldade e bastante pratico, utilizamos nossos propios celulares para os registros, assim registramos facilmente nossas diversas atividades.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Como expusemos anteriormente nossas ações foram cumpridas, mas ainda precisam de certos ajustes, nossa mudança para ESF é recente, então ainda temos muito a melhorar, nossas atividades vem melhorando a cada mês desde sua implantação.

Com a chegada dos ACS tivemos um maior conhecimento de nosso território e dos nossos usuários. Estes estão cada vez mais treinados para realizarem o cadastramento dos usuários e estão dando grande suporte na realização das buscas ativas. Desde a chegada dos ACS a maior informação por parte da população sobre as atividades da UBS tem fomentado a engajamento público.

A questão do agendamento ainda está em fase de transição, pois foi bem difícil habituar a população sobre esta nova metodologia e também da própria equipe chegar a um consenso de que maneira aconteceria este agendamento.

Enfim todas essas atividades estão encaminhadas e nosso objetivo e interesse da equipe é o seu seguimento até mesmo porque são atividades inerentes à nossa visão de estratégia de saúde da família.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados alcançados durante o período de quatro meses de intervenção cujo objetivo principal foi de melhorar a atenção à saúde do hipertenso e diabético na Unidade Rui Ramos, localizada em Uruguaiana, Rio Grande do Sul serão apresentados neste capítulo. A estimativa da população da área da UBS mudou após o mapeamento, hoje sabemos que temos mais usuários do que inicialmente pensávamos que era de 4600, temos, aproximadamente 6000 habitantes, dos quais existe uma estimativa baseada no VIGITEL de que tenham 913 hipertensos e 225 diabéticos com 20 anos ou mais na nossa área.

Com o objetivo de melhorar a cobertura na atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, tínhamos a meta de cadastrar 40% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Relativas ao objetivo 1:**

**Meta 1.1.** Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Já no primeiro mês podemos cadastrar 184 hipertensos e 53 diabéticos da maneira que a cobertura foi de 20,2% para hipertensos e 23,6% para diabéticos.

Nos meses seguintes conseguimos manter a tendência ascendente chegando a uma cobertura para os hipertensos de 32,9% (n=300), 45,6% (n=416), 53,9% (n=492) nos meses 2, 3 e 4, respectivamente (Figura 1).

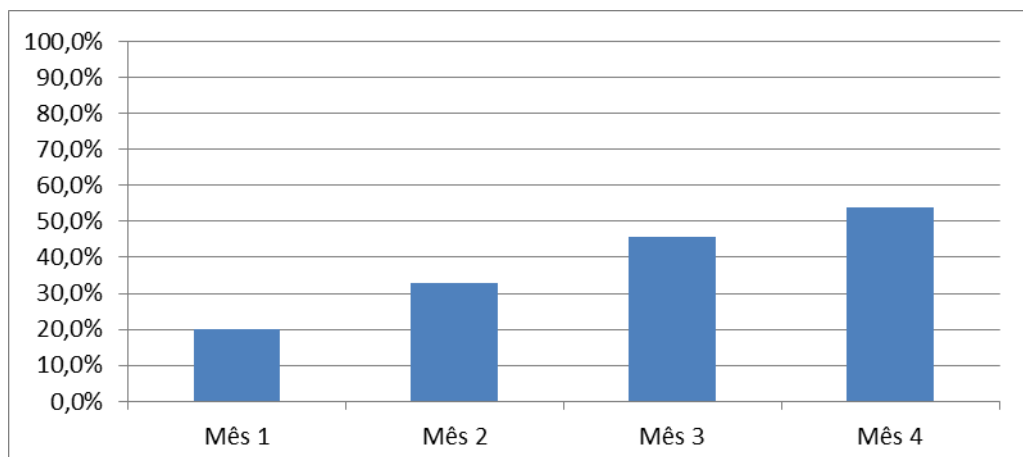


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde1 - Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Para os diabéticos atingimos uma cobertura de 40,9% (n=92), 55,1% (n=124) e 60,0% (n=135) nos meses 2, 3 e 4, respectivamente (Figura 2).

Ultrapassamos nossa meta inicial para ambas as coberturas, um dos fatores que facilitou atingirmos nossa meta foi a coincidência do início da nossa intervenção com nossa conversão de UBS tradicional para Estratégia de Saúde da Família. Nossa maior dificuldade foi organizar este cadastramento em meio a tantas mudanças junto à equipe, além de acostumar a população ao novo sistema que estávamos implementando.

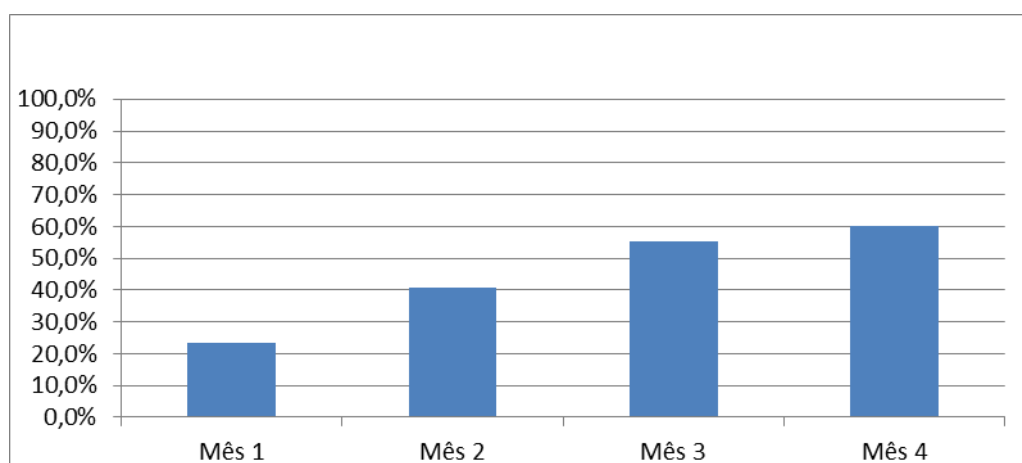


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde1- Rui Ramos. Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

## Relativas ao objetivo 2:

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Com relação aos hipertensos realizamos exame clínico apropriado em 157 hipertensos dos 184 cadastrados no primeiro mês (85,3%), 278 hipertensos dos 300 cadastrados no segundo mês (92,7%), 394 hipertensos dos 416 cadastrados no terceiro mês (94,7%) e 491 hipertensos dos 492 cadastrados (99,8%) (Figura 3). A meta não foi atingida por um único hipertenso que não teve o exame apropriado porque possuía um registro inadequado na sua ficha e não foi encontrado mesmo após busca ativa.

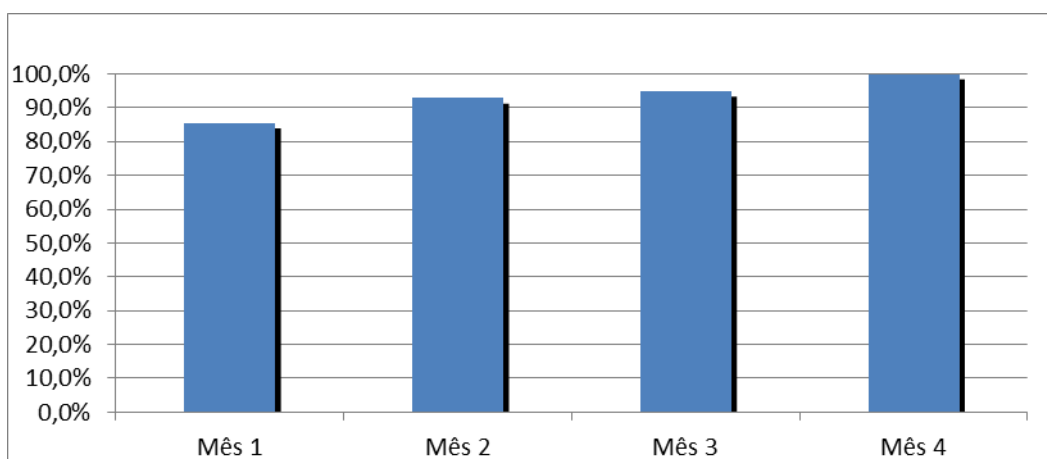


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade.UBS-1 RuiRamos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação aos diabéticos realizamos exame clínico apropriado em 49 dos 53 diabéticos cadastrados (92,5%) no primeiro mês, 88 dos 92 (95,7%), 120 dos 124 (96,8%) e 135 dos 135 (100%) nos meses segundo, terceiro e quarto, respectivamente (Figura 4). A nossa meta foi atingida após os 4 meses de intervenção, atingida facilmente já que o exame físico minucioso a todo diabético, com maior ênfase nos membros inferiores, já era algo bem estabelecido como rotina pela equipe mesmo antes do início da intervenção.

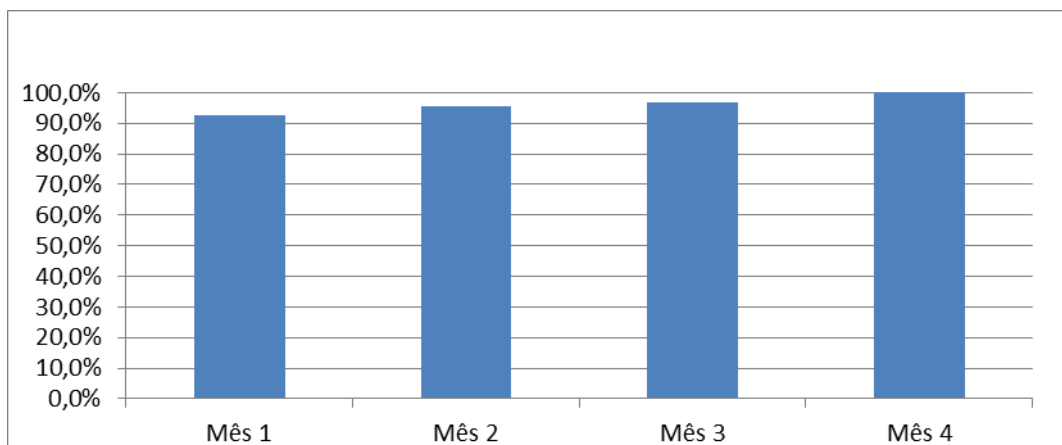


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de saúde 1- Rui Ramos. Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para os hipertensos a proporção destes usuários com exames complementares em dia foram: 162 de 184 (87,5%) dos usuários atendidos no primeiro mês, 279 de 300 (93,0%), 392 de 416 (94,2%), 492 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 5).

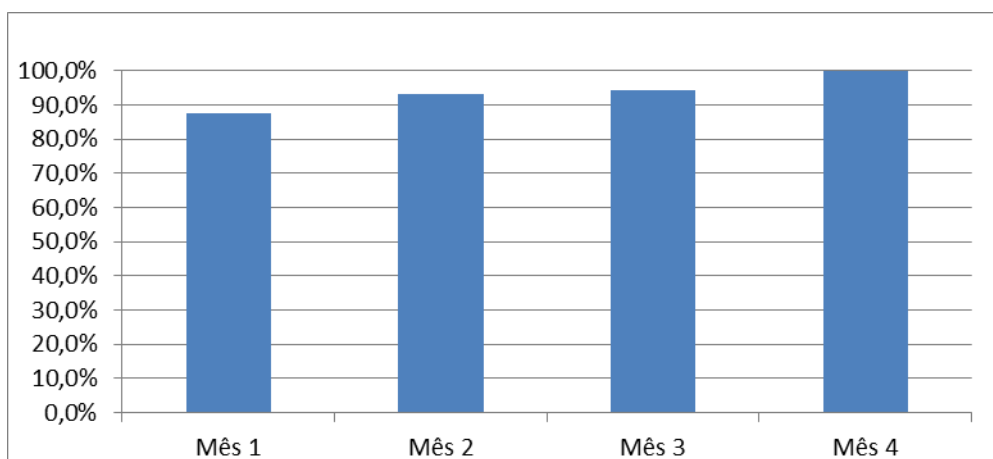


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

Para os usuários diabéticos com exames complementares em dia foram 44 de 53 (83,0%) usuários atendidos no primeiro mês, 80 de 92 (87,0%), 112 de 124 (90,0%) e 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro, e quarto mês, respectivamente (Figura 6).

Esta meta não foi difícil de ser atingida, desde o primeiro mês já começamos com uma porcentagem bastante alta, com a intervenção conseguimos melhorar ainda mais esta questão de solicitação de exames complementares, sempre seguindo o protocolo, assim alcançamos nossa meta de 100% com exames complementares em dia para hipertensos e diabéticos.

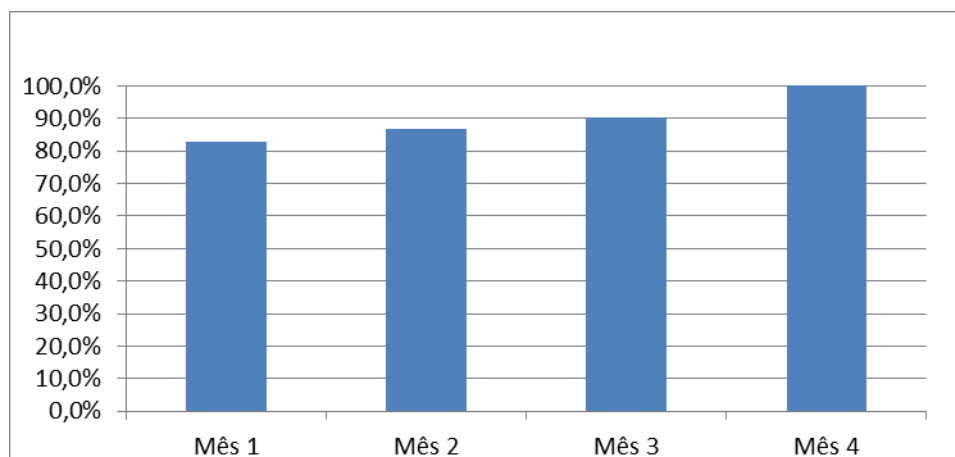


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação à meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não atingimos a meta, mas chegamos a 88,2% e 92,6% para hipertensos e diabéticos, respectivamente, ao final do 4º mês.

Para os hipertensos nossos resultados foram no primeiro mês 148 de 177 (83,6%) dos usuários com priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, 260 de 300 (86,7%), 365 de 416 (87,7%), 434 de 492 (88,2%) no segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 7).

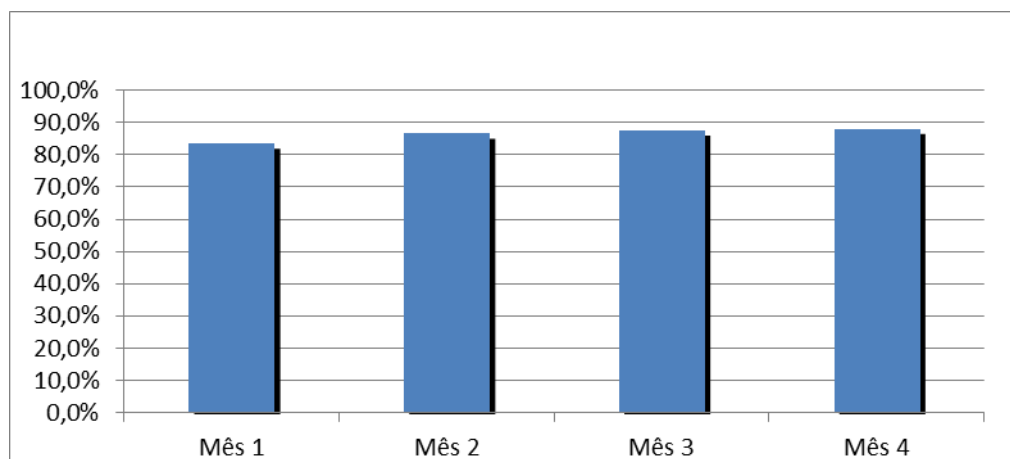


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular-HIPERDIA priorizada na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Para os diabéticos nossos resultados foram no primeiro mês de 48 de 53 (90,6%) diabéticos com prescrição priorizada da farmácia popular, 85 de 92 (92,4%), 115 de 124 (92,7%), 125 de 135 (92,6%) no segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 8).

Essas metas não foram atingidas, apesar de sempre respeitarmos a preferência pelos medicamentos disponibilizados na farmácia municipal e Farmácia Popular do governo federal existem casos especiais, que compõe menos do 10% do total de usuários que são, por exemplo, hipertensos com controle inadequado de pressão arterial, mesmo com terapia multifarmacológica de 4 anti-hipertensivos que são encaminhados para atenção especializada com cardiologista e estes são contra-referenciados com prescrição com medicamentos alheios a lista de medicamento municipais e da farmácia popular por este profissional. O mesmo tem acontecido com os usuários diabéticos com intolerância digestiva severa a Metformina e Glibenclamida que tiveram que descontinuar o uso destes medicamentos, mesmo com essa dificuldade atingimos porcentagens altas, apesar de não termos alcançado a meta.

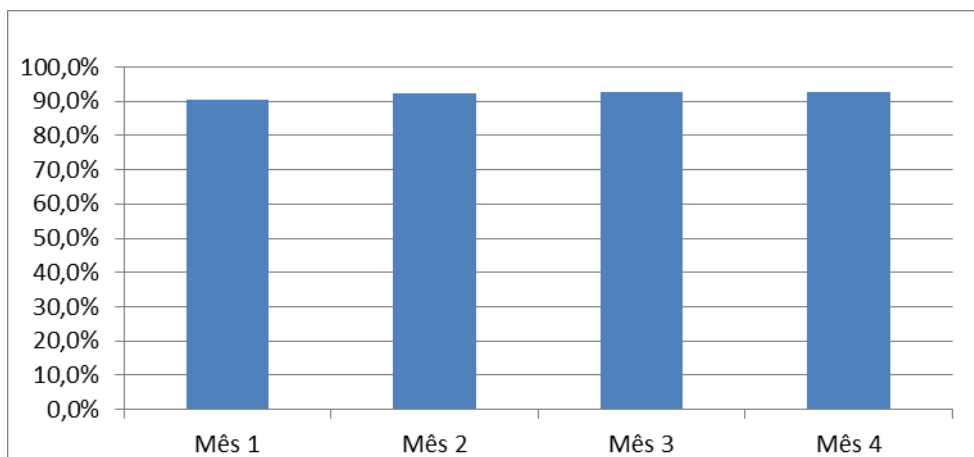


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia Popular-HIPERDIA priorizada na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação à meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos nossos resultados para os hipertensos foram no primeiro mês 175 de 184 (95,1%) hipertensos avaliados, 296 de 300 (98,7%), 412 de 416 (99,0%), 492 (100%) no segundo, terceiro, e quarto mês, respectivamente (Figura 9). Atingimos nossa meta final no último mês.

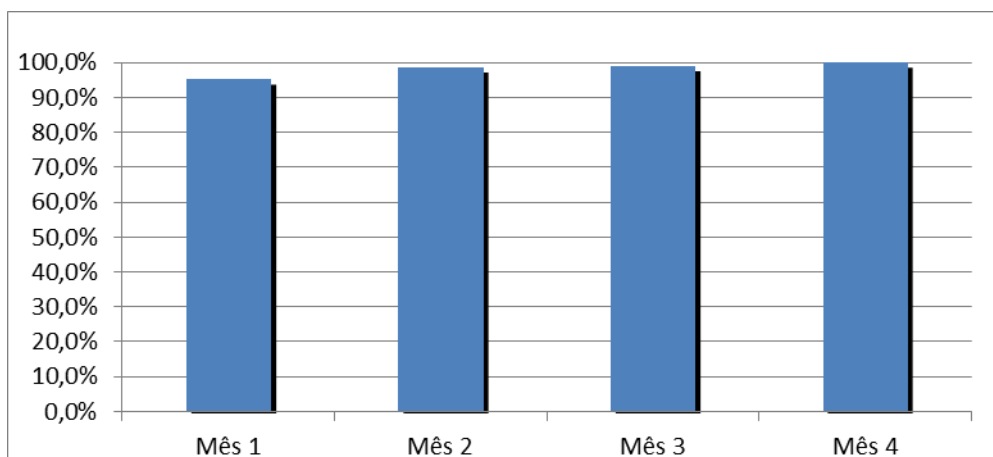


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Para os diabéticos atingimos a meta desde o primeiro mês, assim tivemos 53 de 53 (100%) diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês, 92 de 92 (100%), 124 de 124 (100%) e 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 10).

Esse indicador de avaliação odontológica talvez fosse o mais ignorado antes do início da intervenção, mas que fomos conscientizados de sua importância durante

o decorrer do curso de pós-graduação, assim estabelecemos a rotina de fazer a avaliação em cada consulta. O que facilitou atingirmos a meta foi o recebimento de uma odontóloga em nossa equipe, a qual também faz curso de pós-graduação em medicina comunitária e familiar, aumentando nossas consultas diárias de apenas 4 a 12 atenções por dia.

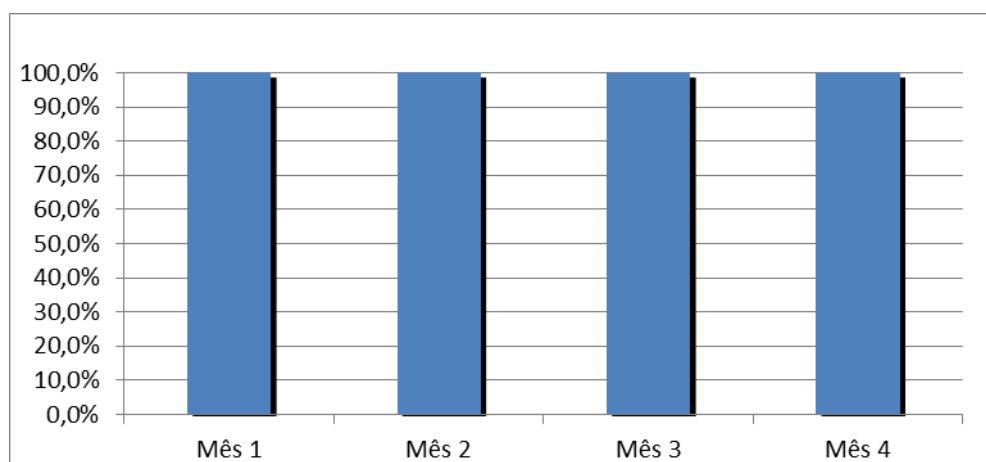


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com o objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos tínhamos e meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês, para os hipertensos faltosos com busca ativa foi de 0 (nenhuma busca ativa) de 27 usuários faltosos (0,0%), de 100 de 141 (70,9%), 216 de 255 (84,7%), 253 de 293 (86,35%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura11).

Para os usuários diabéticos, no primeiro mês, os indicadores foram de 0 buscas ativas de 12 faltosos (0%), 31 de 48 (64,6%), 63 de 79 (79,7%), 75 de 91 (82,42%), respectivamente para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura12).

Como se pode ver nosso primeiro mês não se realizou nenhuma ação de busca ativa, ao começar o processo de intervenção não tínhamos nenhum agente comunitário de saúde, pois ainda não tinha ocorrido nossa conversão de UBS tradicional a Estratégia de Saúde da Família. Mas a partir do segundo mês de intervenção recebemos 12 ACS que facilitou enormemente esta ação. Até os usuários acostumarem-se com a rotina de agendamentos tivemos bastante faltas,



mas no 4º mês já tivemos poucas faltas e conseguimos chegar a 82,42% de busca ativa para os diabéticos e 86,9% para os hipertensos.

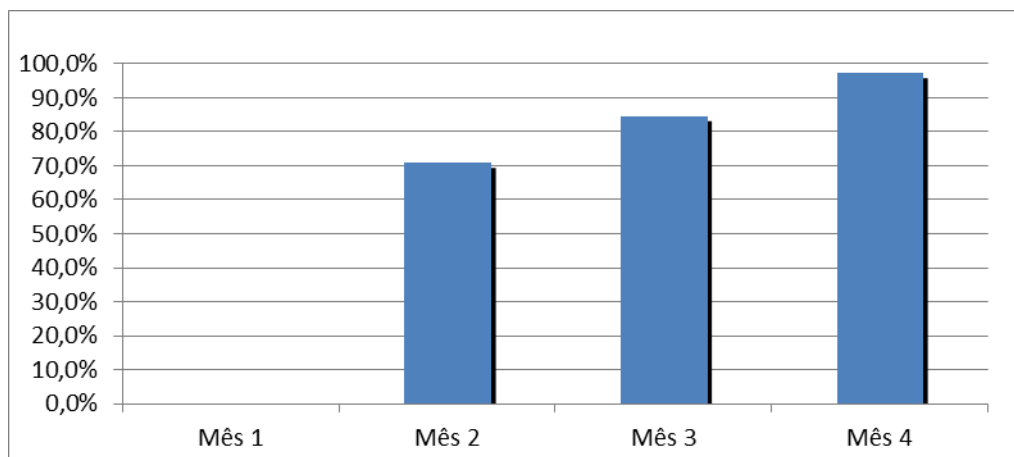


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

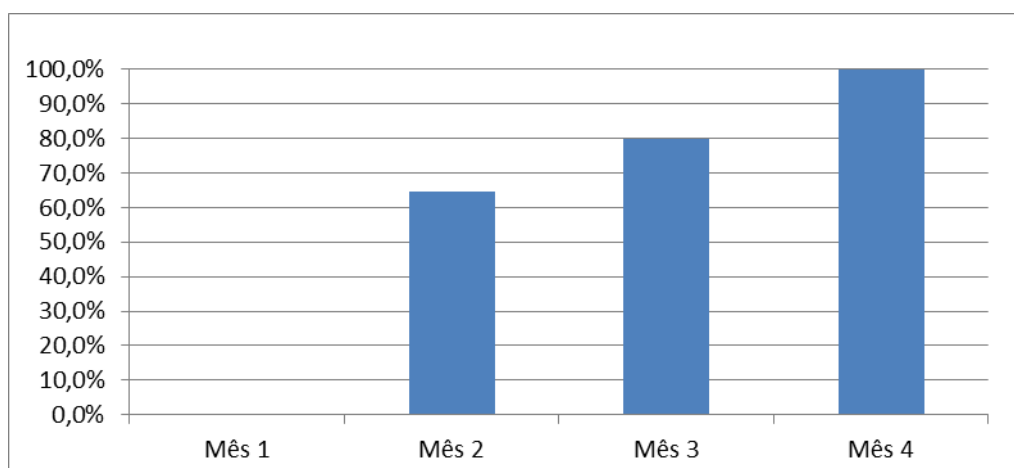


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação ao objetivo de melhorar o registro das informações tínhamos a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A proporção de Hipertensos com registro adequado no primeiro mês foi de 168 sobre 184 (91,3%) que ascendeu nos meses posteriores para 290 de 300 (96,7%), 404 de 416 (97,1%) 491 de 492 (99,8%) no segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 13).

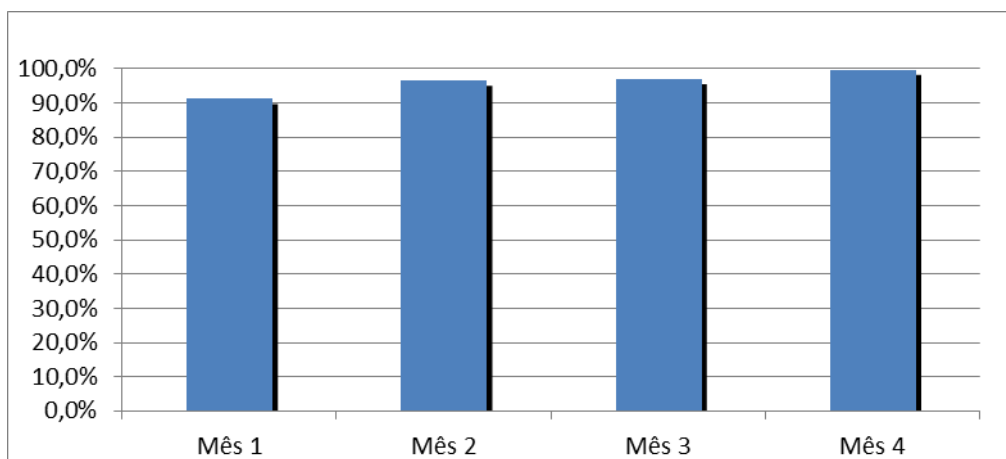


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação à proporção de diabéticos atendidos com registro adequado no primeiro mês foi de 51 de 53 (96,2%), 90 de 92 (97,8%), 122 de 124 (98,4%) e 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 14).

Esta meta não foi atingida somente para um hipertenso, pois o mesmo não foi encontrado após busca ativa para que pudéssemos realizar a adequação de seu registro. Continuaremos a buscá-lo até atingir esta meta. Porém, não foi difícil estabelecermos este registro como rotina, com os instrumentos disponibilizados pelo curso e um treinamento adequado isto se estabeleceu facilmente.

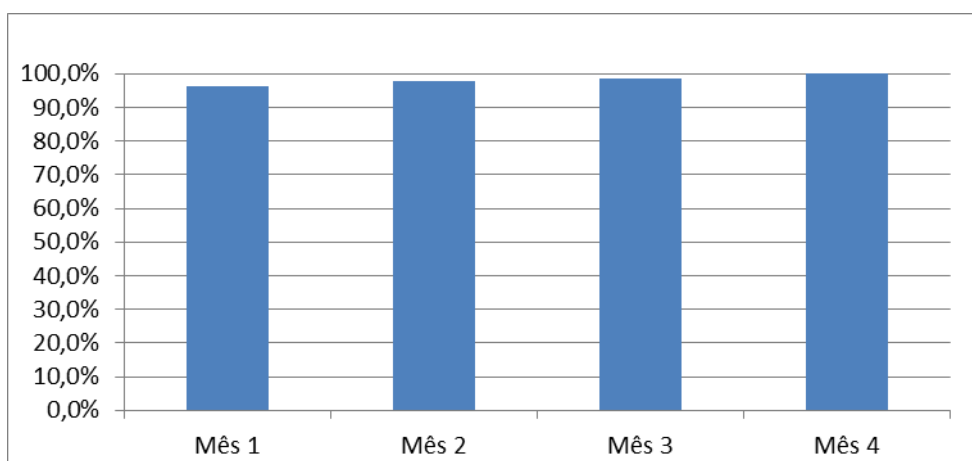


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular buscamos a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A

proporção de hipertensos atendidos com estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês foi de 168 de 184 (91,3%), 290 de 300 (96,7%), 406 de 416 (97,6%), 492 de 492 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 15).

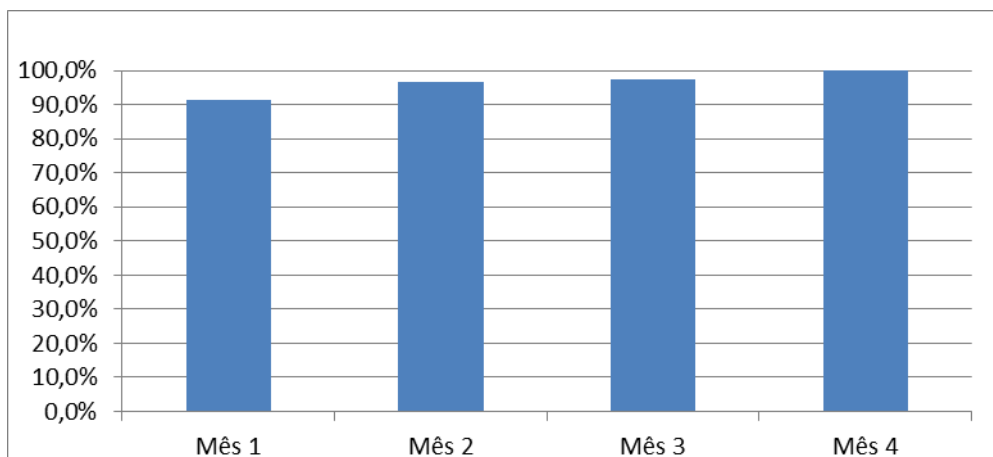


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

A proporção de diabéticos atendidos com estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês foi de 51 de 53 (96,2%), de 90 de 92 (97,8%), 122 de 124 (98,4%), 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 16).

Esta meta foi atingida ao final da intervenção, uma vez que que esta avaliação foi estabelecida como parte da rotina de atendimento do hipertenso e diabético, dessa forma, não foi difícil atingir a meta pela equipe.

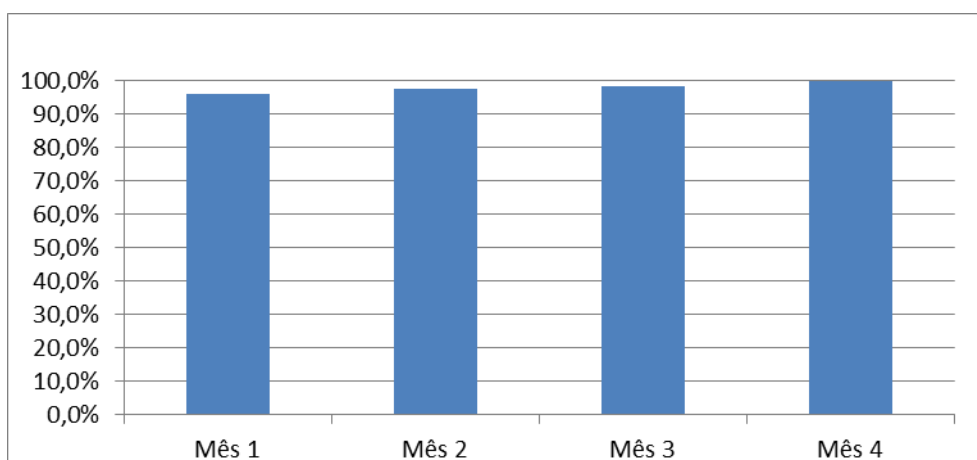


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com o objetivo de promover a saúde do hipertenso e/ou diabético buscamos a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. A proporção de hipertensos atendidos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi no primeiro mês de 169 de 184 (91,8%), de 292 de 300 (97,3%), 415 de 416 (99,8%), 492 de 492 (100%), para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 17).

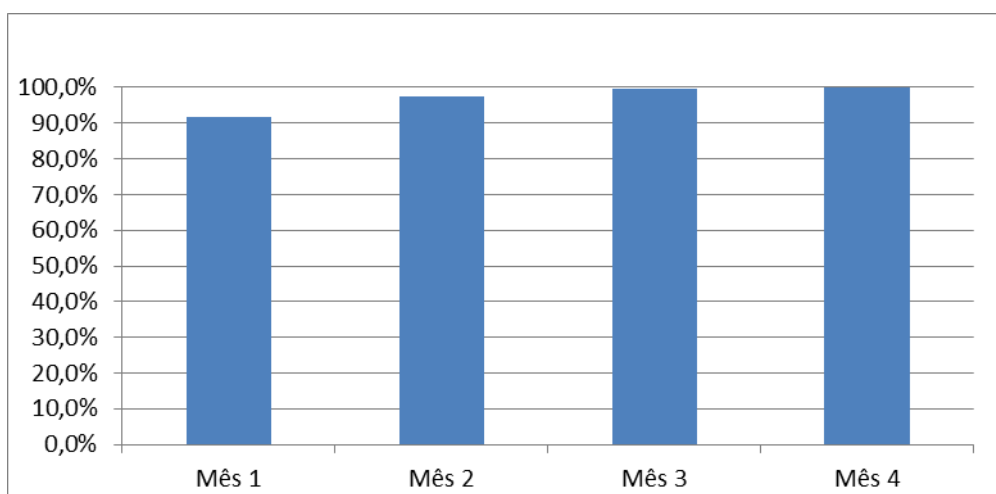


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Já para os usuários diabéticos atendidos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi no primeiro mês de 49 de 53 (92,5%), de 88 de 92 (95,7%), 123 de 124 (99,2%), 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 18).

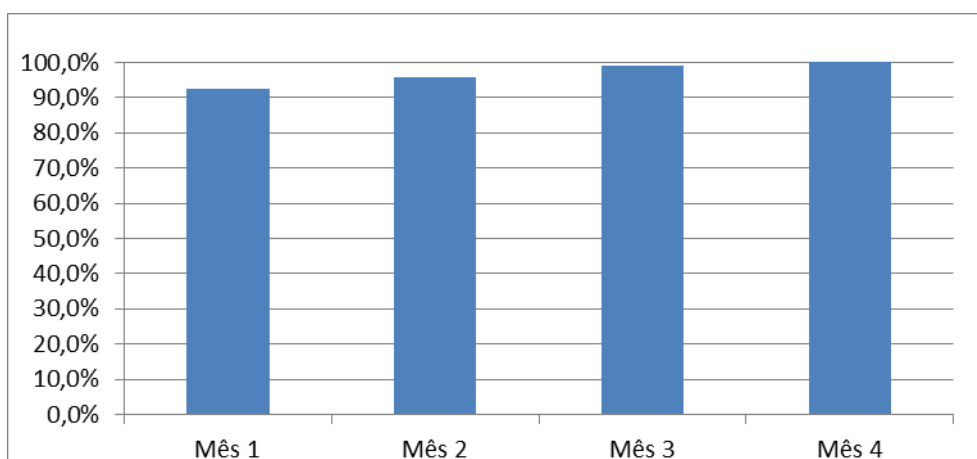


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

A proporção de hipertensos com orientação de prática de atividade física regular foi no primeiro mês de 169 de 184 (91,8%), e de 292 de 300 (97,3%), 416 de 416 (100%), 494 de 492 (100%) no segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 19).

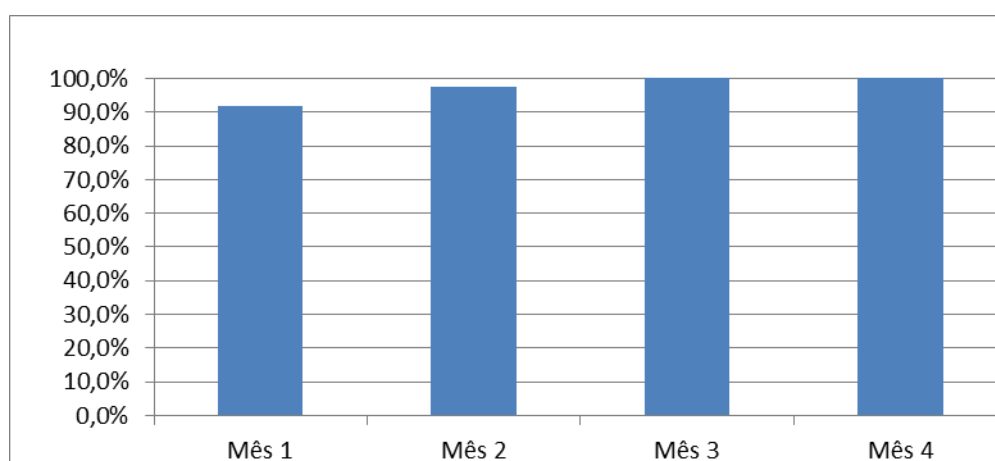


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

E a proporção de diabéticos com orientação de prática de atividade física regular foi no primeiro mês de 50 de 53 (94,3%), de 89 de 92 (96,7%), 124 de 124 (100%), 135 de 135 (100%), para o segundo, terceiro e quarto mês respectivamente (Figura 20).

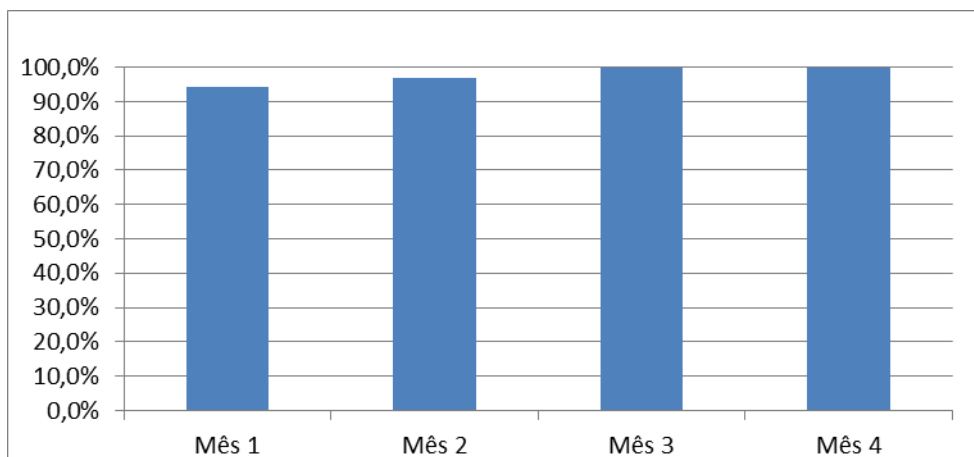


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

A proporção de hipertensos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo foi de 168 de 184 (91,3%), de 290 de 300 (96,7%), 416 de 416 (100%), 491 de 492 (99,8%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 21).

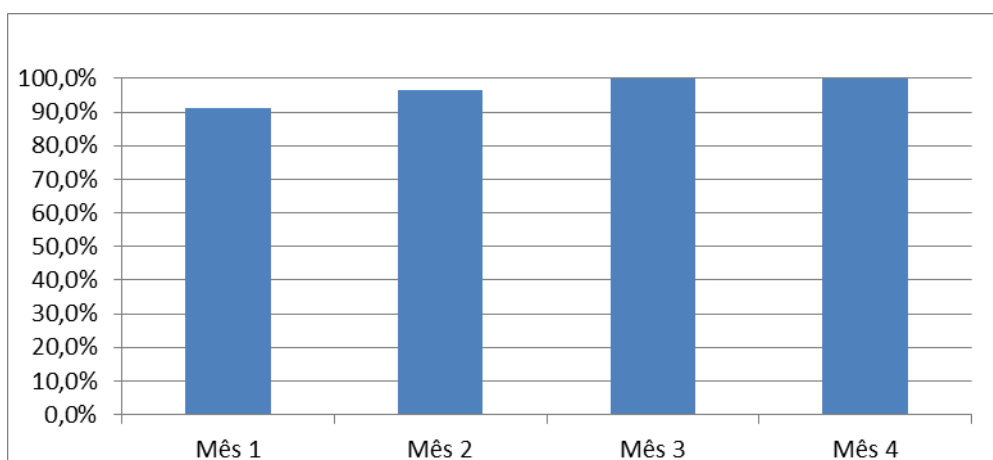


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

E a proporção de diabéticos que receberam orientações sobre o risco do tabagismo foi de 49 de 53 (92,5%), de 88 de 92 (95,7%), 124 de 124 (100%), 135 de 135 (100%), para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 22).

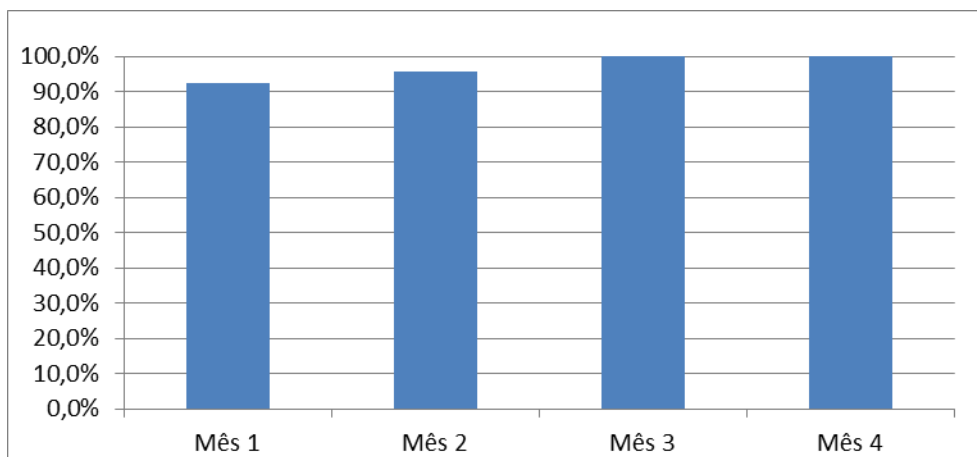


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde-1 Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi: 171 de 184 (92,9%), e de 294 de 300 (98%), 416 de 416 (100%), 492 de 492 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 23).

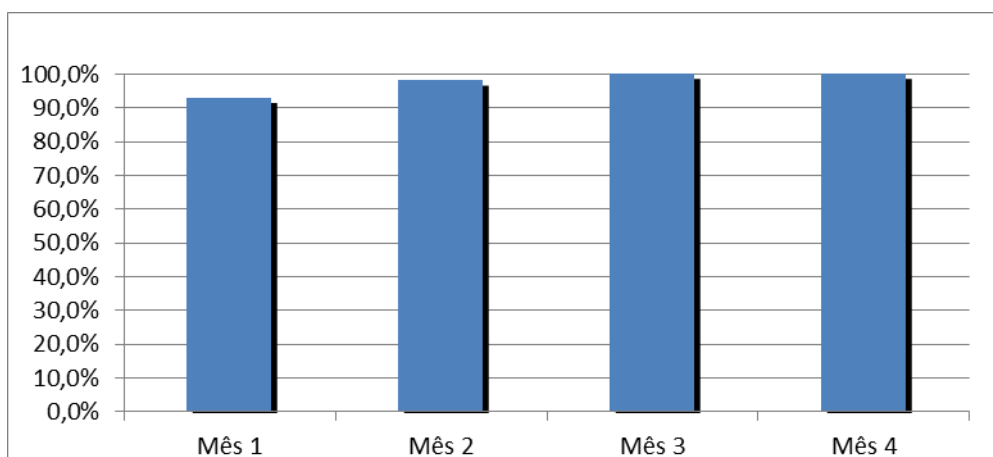


Figura 23. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 51 de 53 (96,2%), 90 de 92 (97,8%), 124 de 124 (100%), 135 de 135 (100%) para o segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente (Figura 24).

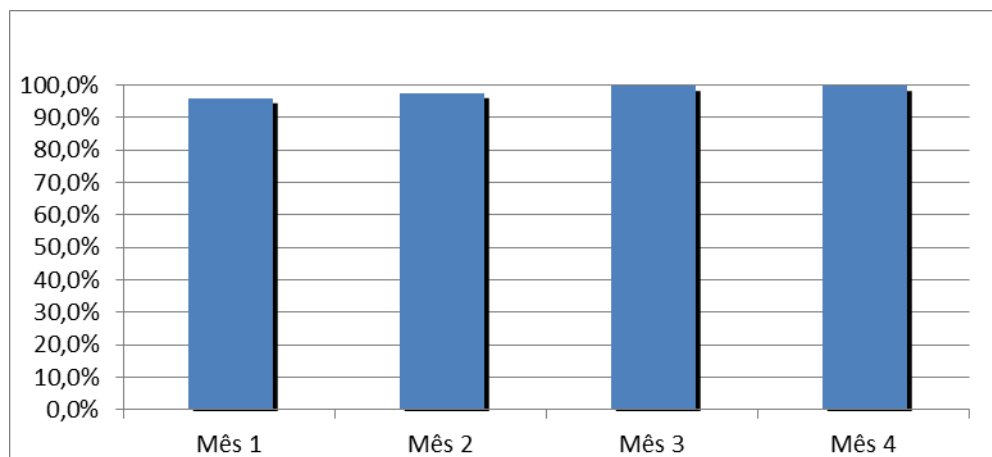


Figura 24. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde 1- Rui Ramos, Uruguaiana-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final

Uma de nossas conquistas através da intervenção foi a conscientização de nossa equipe incluindo o médico (eu) sobre a mudança no estilo de vida. Antes dávamos mais ênfase para a intervenção farmacológica e quase ignorávamos as mudanças no estilo de vida como a atividade física regular, adequada alimentação e desuso do hábito do tabaco, mas agora igualmente estamos dando importância aos outros condicionantes do binômio saúde-doença. A partir da intervenção temos promovido a prevenção através das reuniões regulares dos grupos para hipertensos e diabéticos em diferentes palestras com outros profissionais como nutricionistas e professores de educação física.

Além da prevenção através destes grupos de reunião quinzenal também contamos com reuniões semanais no centro de atenção biopsicossocial (CAPS) de nossa secretaria de saúde junto a psicólogos, para o desuso do tabaco. O que tem sido facilitada pela conquista recente do fornecimento de forma gratuita da Bupropiona, droga antes inacessível e cara para a maioria dos usuários de nossa unidade de saúde.

#### 4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS proporcionou mudanças importantes, propiciou ampliação da cobertura e a melhora na qualidade de atenção ao usuário diabético e hipertenso e também indiretamente a todos os demais usuários da UBS. Instalamos muitas atividades que anteriormente eram inexistentes como agendamento



priorizado, melhoria na qualidade na atenção ao usuário desde o exame físico apropriado até a estratificação de risco seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, promoção de saúde individualizada e coletiva periódica com informações sobre os riscos do sobrepeso-obesidade, má alimentação, sedentarismo e sobre a importância de uma adequada atividade física, não só com os usuários foco da intervenção, mas para toda a comunidade com participação de diferentes profissionais como nutricionistas e professores de educação física. Iniciamos também a busca ativa logo após a chegada dos ACS e a capacitação da equipe em reuniões semanais para melhoramento da atenção aos usuários.

Em função de que foram tantas e numerosas modificações que a implantação deste Projeto foi um grande desafio para a equipe, principalmente para o médico de família e a enfermeira da equipe que gerenciaram esta intervenção. Mas todos os membros da equipe participaram em conjunto, pois todos para que todas as ações fossem realizadas conforme planejado e de forma integral a equipe precisava estar engajada, uma vez que todos os serviços envolvendo os mais diferentes membros da equipe tiveram mudanças: a recepção através do novo sistema de agendamento, a triagem com o novo sistema de acolhimento e demanda espontânea, a consulta que passou a dar ênfase não só ao tratamento farmacológico, mas também a mudança do estilo de vida, nutrição adequada, atividades físicas, desuso do tabaco, estratificação de risco e outras modificações, o serviço de odontologia que recebeu uma demanda importante dos usuários do programa. Assim, foi uma série de modificações que teve o envolvimento de cada membro de nossa equipe.

Anteriormente, a atenção ao usuário hipertenso e diabético era concentrada na consulta médica que costumava ser mais breve e priorizar uma intervenção quase que exclusivamente farmacológica, sem ênfase no exame físico e nas atividades de promoção à saúde. Além disso, os usuários aguardavam desde a madrugada na porta de nossa UBS para conseguir uma ficha que levava direito a consulta, tudo isso sofreu grandes alterações, com implantação do agendamento e acolhimento da demanda espontânea.

A equipe passou a seguir os protocolos do Ministério da Saúde implantando a estratificação de risco, cumprindo com a periodicidade da solicitação de exames e levando informações importantes para a prevenção de riscos a comunidade.

No momento, é bem positivo ver a satisfação da comunidade de uma maneira geral, mas incrivelmente no começo houve bastante relutância e temor às novas

modificações, mesmo agora, ainda tem sido de difícil compressão nosso novo sistema de agendamento. Utilizamos cartazes distribuídos por nossa UBS para informar os usuários das mudanças ocorridas e a recepcionista também vem realizando um trabalho diário importante de esclarecimento sobre o novo sistema. O acolhimento à demanda espontânea e posterior agendamento da consulta foi a mudança de mais difícil aceitação e compreensão por parte deles porque frequentemente os usuários querem ser atendidos no dia e na hora em que chegam à UBS, relutam com o agendamento posterior, mesmo que não necessitem uma atenção de maior urgência.

Tenho uma visão bem positiva de nosso Projeto de intervenção, estamos bem contentes com o resultado, o que aprimoraria é a participação mais ativa da população, precisamos melhorar o engajamento público. O engajamento promoveria ainda mais as atividades realizadas pela UBS e sua equipe, aumentando o nosso vínculo com a comunidade. Desde a nossa conversão a ESF, muito embora cada mudança tenha ocorrido visando melhorar nosso serviço em favor da comunidade, existe certo receio por parte de muitos usuários, muitas vezes por desconhecimento ou somente porque sociologicamente somos cômodos, não gostamos de mudanças, mas acredito que a cada dia mais estamos fortalecendo o vínculo e esclarecendo sobre as mudanças e a importância delas para todos os usuários, em breve acredito que resolveremos esse receio.

Nossa intenção desde o começo do Projeto foi de dar seguimento a todas as ações implementadas, a intervenção foi simplesmente um catalizador, nossa maior ferramenta em nosso processo de transformação a ESF. Ainda precisamos melhorar alguns aspectos, mas a cada dia nos aprimoramos mais. Cada membro da equipe vem cumprindo com seu papel e buscando se aprimorar cada vez mais, a recepcionista no acolhimento, as técnicas enfermeiras na triagem, o médico no exame físico, estratificação de risco, no uso dos protocolos, os ACS na busca ativa, enfim no decorrer desse processo dinâmico o tempo contribui a nosso favor.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Caro gestor,

Tenho o prazer de relatar aqui que depois de longos meses de esforço mútuo de nossa equipe, representada por nossa enfermeira e nosso médico de família, e de sua gestão diante dos requisitos exigidos pelo Ministério da saúde para a conversão de nossa UBS tradicional a estratégia de saúde da família já conseguimos alcançar resultados importantes com a implementação de um Programa cujo objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS/ESF Rui Ramos.

Anteriormente a intervenção, esta ação programática era voltada quase que exclusivamente ao atendimento médico destes usuários. Hoje, conseguimos implementar uma série de ações que puderam melhorar nossa atenção a estes usuários, melhorando nossos registros, capacitando a equipe, promovendo ações individuais e coletivas de promoção à saúde e monitorando nossos resultados.

Em 16 semanas pudemos cadastrar mais de 500 hipertensos e/ou diabéticos, grande parte desses que nunca antes haviam vindo a nossa UBS e que passaram frequentar a unidade com a chegada de nossos tão esperados agentes comunitários de saúde. Nossa cobertura foi de 53,9% para os hipertensos e de 60% para os diabéticos.

O médico da família atendeu mais de 380 usuários por mês e mesmo assim, conseguiu atingir bons resultados com a intervenção voltada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Mas é importante destacar que os resultados não foram somente em números, houve melhora principalmente na qualidade da atenção. Esta qualidade pode ser vista desde a chegada dos usuários a nossa unidade de saúde, com a capacitação de nossos membros da equipe para a adequada realização de acolhimento a demanda espontânea, além disso, substituímos nosso sistema

anterior de números de senha (fichas), que priorizava usuários mais fortes que nem sempre eram os que mais precisavam, por um novo sistema de agendamento, em que consiste em uma triagem com a seleção dos casos de maior necessidade e risco para atendimento imediato e agendamento dos demais.

Também foi alvo dessas modificações as capacitações de nossa equipe e, principalmente, de nosso médico de família quanto aos protocolos do Ministério da Saúde que permitiram adequações importantes com aumento na duração da consulta, exame físico exaustivo, classificação de risco, intervenção farmacológica, mas com ênfase também na promoção na mudança de estilo de vida, como o estímulo as práticas de atividades físicas regulares, adequada nutrição e desuso do tabaco, entre outros. Estas capacitações continuadas já estão incorporadas como rotina dentro das reuniões de equipe. Com estas adequações a qualidade da atenção foi melhorada hoje 100% dos hipertensos e diabéticos está com exames em dia de acordo com o protocolo e com classificação de risco em dia, por exemplo.

Também foi possível instituir a busca ativa nos domicílios de cada usuário faltante, graças a nossos novos ACS, assim também foi bastante prazeroso a implantação das visitas domiciliares com consultas médicas em que podemos incluir vários usuários de nossa área adstrita, anteriormente excluídos de qualquer tipo de atenção, já que na maioria faziam vários anos que não tinham oportunidade de consultar um profissional da saúde. Também realizamos atividades coletivas de promoção de saúde em centros comunitários. Os nosso resultado mostram o quanto isso foi importante, pois 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientações sobre nutrição saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Além disso, todos os usuários hipertensos e diabéticos (100%) cadastrados tiveram pelo menos uma avaliação inicial da necessidade de tratamento odontológico.

É importante destacar que tivemos dificuldades na impressão das fichas espelhos, parte delas foi impressa pela secretaria, mas parte delas tive que providenciar a impressão e inclusive gerou gastos pessoais.

Ainda estamos em busca de mais melhorias, cada atividade se aprimora com o decorrer do tempo, outras ações programáticas podem ser organizadas e pensadas desta forma, assim continuamos lutando e contando com a continuação

de vossa ajuda para continuarmos com nossa ações e estendermos a outras ações programáticas de nossa Unidade.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Caros usuários, no seu dia a dia, em sua visita a nossa unidade de saúde, seguramente notaram importantes mudanças no nosso funcionamento nos últimos meses, alguns mais notáveis e outros talvez que passaram despercebidos. Além da mudança de UBS tradicional para uma unidade com ESF, nós também implantamos um Projeto com o objetivo de melhorar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de nossa unidade para que isso ocorresse estas mudanças foram necessárias. Este Projeto teve duração de 16 semanas e ocorreu entre os meses de novembro a fevereiro.

Umas das mudanças que talvez tenha sido a mais notada por vocês foi a implantação do sistema de agendamento, que terminaram com nossas longas e “madrugadeiras” filas. No sistema anterior, não priorizávamos os mais necessitados, mas sim os mais fortes, que tinham maior resistência em aguardar na fila, deixando assim excluído os mais debilitados como os idosos e os mais doentes que não podiam expor-se por horas e horas aguardando na fila e se expondo ao frio.

Outra mudança importante e que talvez tenha causado maior estranheza aos usuários foi o acolhimento a demanda espontânea que nada mais é que estabelecer uma escuta, ou seja, dar ouvidos aos nossos usuários e responder conforme a urgência de sua necessidade, às vezes ficava a dúvida porque alguns usuários eram atendidos no dia e outros eram agendados para outro dia.

É preciso esclarecer que não temos preferência por um o por outro usuário, mas simplesmente estamos escutando sua necessidade e verificando qual condição tem maior risco ou urgência e precisa, assim ter maior prioridade. Alguns usuários por determinadas doenças ou descontrole destas como, por exemplo, uma crise de pressão alta ou glicemia (açúcar) alta, crise asmática, criança com febre e outras complicações própria de cada doença, requerem uma resposta mais rápida e

eficiente de nosso grupo, e é isso que tem acontecido para melhorar no serviço oferecido a vocês, mas sempre que possível tentamos atender a todos no mesmo dia.

Acredito que também devem ter estranhado que as nossas consultas estão com uma maior duração de tempo, pois temos realizado um exame mais completo, cuidado e atenção. Além disso, estamos sempre reforçando as orientações sobre a alimentação saudável e prática de exercício físico durante todas as consultas. Também tem sido facilitado o acesso ao dentista, pois este profissional agora atende em tempo integral, estamos realizando encaminhamentos para este profissional que além de ter participado em conjunto no Projeto agora está realizando muitos outros novos procedimentos que não eram feitos anteriormente.

Realizamos atividades de promoção à saúde em reuniões com o grupo de diabéticos e hipertensos na capela local do bairro, esta ação foi bastante gratificante principalmente porque tivemos uma grande resposta por parte de vocês, atualmente já estão participando na escolha de novos temas de palestras.

Outra ação implantada foi a busca ativa dos usuários que faltavam às consultas agendadas e a visita domiciliar, imagino a surpresa que foi para vocês quando faltaram à consulta e nossos agentes comunitários de saúde bateram na sua porta, e mais surpresos ficaram ainda quando não podiam vir a nossa Unidade e o médico foi até sua casa. Temos que agradecer a comunidade por nos ter recebido tão bem em suas casas!

No quadro abaixo vocês podem verificar os resultados alcançados ao final dos 4 meses de projeto:

Tabela 1. Principais resultados alcançados com a intervenção.

<b>Indicador</b>	<b>Resultado %</b>
Cobertura do programa de atenção ao Diabético	60% (n=135)
Cobertura do programa de atenção ao Hipertenso	53,9% (n=492)
Avaliação da necessidade de atenção odontológica HAS-DM	100%
Promoção a alimentação saudável HAS-DM	100%
Promoção da saúde bucal HAS-DM	100%
Exame clínico em dia HAS-DM	100%
Exames complementares em dia HAS-DM	100%

Todas estas atividades já estão incorporadas em nossa rotina na unidade, mas serão melhoradas a cada dia com a ajuda de vocês. Com certeza este Projeto foi uma grande conquista para nossa comunidade e será um modelo para estendermos aos demais grupos de usuários de nossa área.



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Não tenho dúvidas de que o curso de Especialização de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas foi um sucesso de grata surpresa, pois confesso que tinha certo receio e descrédito com os resultados que poderiam ser obtidos através de um curso à distância, em que a universidade poderia localizar-se a centenas de quilômetros de distância.

Não acreditei que esta Especialização pudesse induzir tantas mudanças, mudanças estas que poderiam melhorar a atenção à saúde em uma unidade básica mesmo quando apenas um membro de toda equipe fosse participante deste curso.

O curso foi bem desafiador, no começo foram atividades de baixa complexidade e no seu decorrer foram aumentando as exigências e complexidades de cada atividade até chegar a nos tomar várias horas semanais, talvez essa tenha sido a maior dificuldade. Todo este empenho semanal foi compensado quando a Secretaria de Saúde nos comunicou que nossa UBS seria transformada em ESF e, com isso, nos encontramos completamente perdidos. Assim, tivemos esta feliz coincidência da transformação com a elaboração da intervenção, a qual não poderia ter sido em melhor momento.

O curso nos forneceu tudo o que precisávamos, mesmo em nossa busca autodidata foi nossa principal fonte de informação e consulta. É incrível agora, já quase finalizando o curso, voltar atrás um pouco e pensar sobre o nosso estado inicial e podermos refletir que esse estado posterior possibilitou uma melhor atenção ao usuário em tudo o que engloba seus aspectos, desde a consulta médica até outras atividades não menos importantes como acolhimento, triagem, busca ativa, visitas domiciliares e muitas outras atividades melhoradas e outras antes inexistentes.

Com relação à minha aprendizagem pessoal agora sou um profissional médico que dedico muito mais tempo ao exame físico dos usuários e as atividades de promoção à saúde e não mais tão focado a intervenção farmacológica, mas também a tão importante promoção a mudança de estilo de vida.

Muitas foram os nossos aprendizados, toda a informação e conhecimento obtido no curso foi o principal pilar, nosso agente catalisador em nossa conversão à ESF. Mas é difícil explicitar qual foi o maior aprendizado porque o curso teve impacto sobre vários aspectos como o acolhimento, o agendamento, uma resposta adequada à demanda espontânea, uma melhor qualidade na atenção durante a consulta médica, mas sem dúvida um grande papel do curso de especialização foi ser esta porta aberta de informação, ele nos guiou com metas a serem atingidas e cumpridas e nos auxiliou em como fazer isso mesmo de maneira autodidata, o curso foi incrível e essencial nesse sentido.

### Referência bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de atenção básica. **Doenças Crônicas**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas\\_cronicas.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/doencas_cronicas.php). Acesso em: 25 mai. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 abr. 2014.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Fotos da intervenção



Encontro do Grupo de hipertensos e diabéticos.



Visita Domiciliar a hipertenso.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL











PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
FICHA ESPELHO

[illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante